

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1147

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MARTINET Pierre Fernand

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 Novembre 1913 à Besançon (Doubs)

Fistules vésico-vaginales post-opératoires
(CONTRIBUTION AU TRAITEMENT)

Colpocleisis

Président : M. MOCQUOT, Professeur.

M. GERMAIN, Imprimeur-Editeur
92, Rue de Rennes, Paris - VI -

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MARTINET Pierre Fernand

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 Novembre 1913 à Besançon (Doubs)

Fistules vésico-vaginales post-opératoires (CONTRIBUTION AU TRAITEMENT)

Colpocleisis

Président : M. MOCQUOT, Professeur.

M. GERMAIN, Imprimeur-Editeur

92, Rue de Rennes, Paris - VI -

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL - LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FRESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-Sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY - VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
PICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY - BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU - LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY - RADOT..			
SEZARY			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

*Professeur à la Faculté,
Chirurgien à l'Hôpital Broca,*

Qui nous a fait le grand honneur de
bien vouloir présider cette thèse.

Qu'il nous permette de lui apporter
ici le témoignage de notre profonde
reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY,

*Ancien Interne lauréat des Hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté,
Chef des Travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca,*

Qui nous a inspiré cette thèse et en
a guidé l'exécution.

En témoignage de très vive et
respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

L'observation que nous allons rapporter dans le présent travail, nous paraît intéressante à un double point de vue :

1° Le succès du colpocléisis dans la cure d'une fistule vésico-vaginale après échec partiel des méthodes habituelles, par voie vaginale et par voie abdominale;

2° L'intérêt de la curiethérapie intra-abdominale comme traitement d'une récurrence post-opératoire après opération de Wertheim pour cancer du col.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE COLPOCLÉISIS

Le colpocléisis consiste classiquement à suturer l'une contre l'autre les parois antérieure et postérieure du vagin, préalablement avivées par double incision circulaire. On crée ainsi une poche supérieure vaginale, communiquant avec la vessie par la fistule que l'on se propose d'oblitérer.

Rappel historique

Pratiqué d'abord par Bérard en 1843, c'est surtout Simon qui s'en est fait le propagandiste. Le colpocléisis eut à ce moment, dans la cure des fistules rebelles, une vogue considérable, puisque Simon en moins de cinq ans l'avait employé 12 fois sur 42 (1).

Ce procédé subit par la suite une éclipse; et Bandl, dans son réquisitoire de 1881, « A bas le colpocléisis », montrait que ce procédé ne méritait pas d'être conservé et qu'on pouvait obtenir la guérison des fistules par des procédés moins barbares; et l'auteur rapportait que Bozeman avait pu opérer une centaine de fistules vésicales sans fermer le vagin une seule fois.

Dans les observations où le colpocléisis avait été utilisé, il s'agissait de fistules vésico-vaginales particulièrement importantes, chez des femmes jeunes, consécutives à des accouchements dystociques. Presque toujours la

(1) Cité par Forgues et Massabau dans le *Traité de chirurgie gynécologique*. (Année 1916, page 125.)

fistule était consécutive à une nécrose étendue du bas-fond vésical. Dans ces conditions, la réparation par les voies naturelles était pour ainsi dire impossible. On était obligé, pour supprimer l'infirmité des pertes d'urine constantes, de créer une autre infirmité, en fermant le vagin et en laissant s'écouler le sang menstruel par la vessie, mélangé avec les urines.

Actuellement le mot de colpocléisis est cité comme mémoire dans la plupart des classiques. C'est ainsi que : Pozzi le signale en deux mots dans son ouvrage à la page 1031.

Faure et Siredey ne font également que le signaler en quelques lignes dans leur traité de gynécologie à la page 61.

On comprend donc que le mot de colpocléisis fasse sourire les obstétriciens qui ne voient dans ce procédé qu'une méthode archaïque et complètement abandonnée.

Dans ce travail nous ne voulons pas faire un pas en arrière; mais nous pensons que ce vieux procédé peut encore rendre des services dans les fistules vésico-vaginales, post-opératoires, rebelles. Ces fistules sont encore observées avec une fréquence relative après l'opération d'hystérectomie élargie pour cancer du col (opération de Wertheim).

Forgue et Massabuau s'accordent avec Pollosson pour recommander en pareil cas l'oblitération indirecte de la fistule par colpocléisis élevé. Nous rappellerons leur procédé dans notre chapitre de technique opératoire. Le procédé employé dans notre observation par le Docteur Douay est tout différent de l'ancien colpocléisis des accoucheurs. Ceux-ci, par un avivement circulaire de la partie basse du vagin, voulaient obtenir la fermeture du vagin et indirectement l'oblitération de la fistule. Dans le colpocléisis que nous décrivons dans cette thèse, il

s'agit encore d'un avivement circulaire du vagin, comme dans le colpocléisis des accoucheurs, mais placé immédiatement au-dessous de la fistule, ce qui permet d'obtenir la fermeture de la fistule sans aviver ni suturer les bords mêmes de l'orifice fistuleux.

Variétés anatomiques des fistules vésico-vaginales

Avant de discuter la valeur des procédés opératoires, il nous paraît nécessaire de distinguer deux variétés anatomiques de fistules vésico-vaginales, s'opposant par leur gravité et par la difficulté de leur réparation. Ce sont d'une part, les fistules déterminées par une blessure, section ou déchirure au cours de l'opération. La fistule vésico-vaginale qui peut faire suite à cette complication opératoire, malgré une tentative de suture immédiate, est de petite dimension et le rapprochement des bords en est aisé; ces fistules sont en règle générale curables par les méthodes habituelles de suture par voie vaginale, par avivement ou par dédoublement. A ces fistules qu'on pourrait qualifier de bénignes s'opposent celles dues à une nécrose de la paroi vésicale déterminant une fistule tardive avec perte de substance plus ou moins importante; les bords de la fistule deviennent scléreux par formation de tissu cicatriciel rendant leur rapprochement difficile; dans ces cas les méthodes habituelles de suture par voie vaginale échouent souvent; il faut avoir recours aux procédés par voie abdominale. C'est précisément ce qui est arrivé dans le cas que nous décrivons plus loin; en effet, il s'agissait bien d'une fistule post-opératoire par nécrose tardive (chute d'escarre au 8^e jour) qui avait les dimensions d'une pièce de 2 francs et qui a fait échec aux deux premières opérations par voie vaginale; une troisième tentative a été faite par voie abdominale, qui n'a donné qu'un résultat incomplet.

Causes de cette nécrose

Différentes causes peuvent être incriminées à l'origine de ces fistules par nécrose, et même le plus souvent ces différentes causes s'associent comme dans le cas de notre malade.

1° L'adhérence plus ou moins importante de la vessie au néoplasme, qui nécessite, pour opérer loin du tissu cancéreux, à se rapprocher de la paroi vésicale qui est de ce fait traumatisée et amincie.

2° On peut également incriminer, dans le retard ou l'absence de cicatrisation, le rôle du milieu septique et même la pression exercée par le tamponnement à la Mickulicz.

3° Un troisième facteur, et qui paraît important, est la ligature des hypogastriques déterminant un défaut d'irrigation et prédisposant à la nécrose.

Toutes ces causes se sont associées chez notre malade; en effet la lésion néoplasique était particulièrement étendue vers la vessie, ce qui avait nécessité, au cours du décollement vésical, de pénétrer dans la paroi musculaire de la vessie, provoquant ainsi un amincissement de sa paroi. La ligature des hypogastriques avait également été pratiquée par le Professeur Faure. Cette ligature, qui constitue un temps opératoire particulièrement délicat par suite de la proximité des grosses veines hypogastriques, ne permet pas de supprimer les ligatures artérielles habituellement pratiquées : utérines, branches vésico-vaginales, longue vaginale. L'avantage de la ligature du tronc de l'hypogastrique est, en diminuant la circulation artérielle pelvienne, de rendre moins abondant le suintement veineux, ce qui facilite la visibilité et abrège le temps perdu en épongeant le sang épanché. Ces avantages, suivant l'avis du Docteur Douay, ne com-

pensent pas les risques de nécrose tardive de la vessie ou des uretères. D'ailleurs, cette ligature a été abandonnée depuis longtemps par le Docteur Douay, et le Professeur Faure, lui-même, qui en a été le défenseur, l'avait peu à peu abandonnée dans les dernières années de son professorat.

ÉTUDE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS EMPLOYÉS DANS LE CAS EN QUESTION

I. Procédés par voie basse (voie vaginale).

a) *L'Avivement* : procédé le plus simple, a été employé. Il consiste, l'orifice fistuleux étant repéré et fixé par deux pinces de Kocher fines, à enlever, avec la pointe d'un bistouri fin et bien tranchant, le bord fibreux de l'orifice fistuleux. Cet avivement est oblique, plus étendu sur le vagin que sur la vessie. Il doit être fait avec soin et d'une façon complète. La persistance d'un seul petit fragment de tissu cicatriciel est un obstacle à la cicatrisation et provoque la récurrence. Une fois l'orifice avivé complètement, la réunion est obtenue de différentes façons. Le Professeur Faure utilise un procédé particulier en qui il a grande confiance. C'est la suture sur bouton de porcelaine. Le crin est passé avec une petite aiguille à pédale dans la tranche d'avivement; au lieu de nouer au fond du vagin, ce qui peut déchirer les bords de l'orifice, il passe chaque extrémité du crin dans un bouton de porcelaine, puis il passe les deux chefs dans un petit tube de plomb (plomb de Galli) et, au moyen d'une pince, il écrase le plomb au contact du bouton, après avoir effectué une traction suffisante sur le crin pour rapprocher les surfaces avivées; suivant les dimensions de la fistule, il faut placer un, deux, ou plusieurs crins; dans notre observation, le Professeur Faure a pu placer 6 points avec boutons au fond du vagin, c'est dire l'étendue considérable de la fistule.

b) *Le Dédoublement* : Le dédoublement est le procédé le plus employé et capable de donner de bons résultats, même dans les fistules de grandes dimensions. Il consiste à dédoubler, en un premier temps, la cloison vésico-vaginale en partant de la fistule où les parois sont fusionnées. On fait une incision circulaire autour de l'orifice fistuleux en passant en dehors de la zone cicatricielle. On prolonge, à droite et à gauche, l'incision sur 2 à 3 centimètres. On pratique ensuite le dédoublement, en libérant un lambeau vaginal antérieur et postérieur. Le fond de la plaie est alors formé par la vessie avec son orifice cicatriciel. Ce tissu cicatriciel est enlevé au bistouri comme dans l'avivement. Quand les bords de l'orifice sont devenus souples, on peut procéder aux sutures. La suture de la vessie se fait verticalement par des points au fin catgut (chromé de préférence pour rendre la résorption plus lente). Autant que possible les points ne sont pas perforants. Lorsque la suture est faite d'une façon étanche, il est bon de placer, suivant le conseil du Docteur Douay, un ou deux points à distance pour renforcer la suture, mieux l'étoffer. Cette double suture ne peut être faite que si la vessie est souple. La cause d'échec est surtout dans la tension trop grande des points de suture, par suite de la rigidité cicatricielle de la vessie. La suture du vagin est ordinairement faite sans difficulté dans le sens transversal. Ce procédé, dans notre observation, a été utilisé par M. Douay, dans la première intervention. La cause de l'insuccès a été dans la rigidité de la paroi vésicale, et les dimensions excessives de l'orifice.

II. Procédé par voie haute (procédé de Legueu).

Ce procédé a permis de voir, chez notre malade, la récidence néoplasique et d'appliquer une méthode encore très discutée, de curiethérapie intra-abdominale sur laquelle on aura l'occasion de revenir.

La technique du temps vésical de réparation est bien décrite dans l'observation. On a eu des difficultés pour faire le 2^e plan de suture. Malheureusement, la nécessité de mettre un gros Mickulicz et de le laisser longtemps en place pour l'application du radium, ainsi que la suppuration consécutive, n'a pas été favorable aux sutures vésicales. Cependant, comme on le verra, on a obtenu un succès relatif.

III. Le Colpocléisis.

L'indication de cette opération est donnée d'une façon caractéristique par notre observation.

Après plusieurs tentatives opératoires suivies d'échec plus ou moins complet, il reste une fistule vésico-vaginale placée au niveau d'un bloc fibreux sans souplesse. Ce tissu cicatriciel ne permet pas une nouvelle suture directe, il serait indispensable de l'enlever largement pour retrouver du tissu sain capable de supporter la traction des points de suture. Il serait donc nécessaire de reproduire une perte de substance vésicale aussi grande et même plus grande que celle qui existait lors des précédentes opérations. Dans ces conditions l'opération que nous allons décrire peut donner des succès.

Un procédé analogue a été indiqué par Forgue, et publié par Forgue et Massabuau en 1916 dans le traité de Le Dentu et Delbet (p. 123).

Voici le procédé du Docteur Douay :

Malade en position gynécologique.

1° Anesthésie avec une solution de Novocaïne à 1/200 de toute la paroi vaginale située au-dessous du bloc cicatriciel, en réalisant une infiltration en bague haute de 4 à 5 centimètres. Cette anesthésie locale a paru faciliter la taille des lambeaux et préparer le décollement de la paroi vaginale.

2° Incision circulaire au bistouri, en réalisant autant que possible une coupe nette et perpendiculaire à la surface. Cette incision est faite à un centimètre du bloc cicatriciel, c'est-à-dire à plus de 2 centimètres de l'orifice fistuleux; dissection d'une collerette vaginale en allant vers le fond du vagin, jusqu'au tissu scléreux qu'on respecte.

3° Dissection d'une collerette inférieure en procédant de haut en bas pour obtenir des lambeaux de 2 à 3 centimètres.

4° Suture par points séparés au catgut de la collerette supérieure; ce qui forme une ligne de suture transversale. 2° suture, transversale, aux crins des bords de la collerette inférieure de façon à adosser les deux sutures; cette 2° suture est également transversale mais il n'y a pas superposition exacte des deux sutures ce qui permet un bon adossement des surfaces avivées.

5° Suites opératoires : La sonde à demeure est laissée pendant 12 jours, environ; elle est changée chaque 4 jours pour éviter les incrustations calcaires. Les crins groupés en faisceau sont coupés avec soin le 10^e jour en laissant la sonde à demeure encore 2 jours. On pourrait, pour éviter la présence de l'urine sur les sutures mettre la malade en position ventrale. Cette position, toujours très pénible pour l'opérée, n'a pas été prise dans notre observation, et la guérison a été obtenue complètement.

Complications tardives. — Certains inconvénients sont causés du fait de la création, par ce procédé, d'un recessus vésical dans le vagin, où peuvent se constituer des concrétions calcaires, amorçant la lithiase vésicale. C'est une complication tardive de ce genre qui est survenue à notre malade comme on le verra. Il s'est en effet constitué un calcul vésical dont le broyage a été très difficile étant donné que le calcul était en retrait et fixé. Broyage incomplet qui a été suivi de récurrence rapide. La taille a été pratiquée ensuite, en milieu septique, et les complications septiques ont failli être fatales à la malade. Actuellement, grâce aux soins locaux et généraux, elle est en bonne voie de guérison. En conclusion, il nous a paru, au cours de cette étude, que le colpo-cléisis, selon la méthode du Docteur Douay et dans les circonstances où il a été employé, a été le seul procédé qui ait donné un résultat satisfaisant pendant 7 ans; malgré les inconvénients inévitables, que nous avons signalés.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA CURIETHERAPIE INTRA-ABDOMINALE

Avant de passer à l'observation de notre malade, nous voudrions dire quelques mots de cette méthode encore très discutée de curiethérapie intra-abdominale.

Le fait indiscutable que nous apportons aujourd'hui par notre observation est que cette méthode défendue par le Docteur Douay a donné à notre malade une guérison de 7 ans jusqu'à ce jour, et que la dernière opération de septembre 1939 n'a montré aucune espèce de récurrence. Rappelons quelques points déjà signalés dans les précédentes publications :

La première observation de curiethérapie intra-abdominale date de 1920; application faite par le Docteur Douay en collaboration avec Mme le Docteur Fabre. Depuis, M. Douay a fréquemment utilisé, à l'hôpital Broca, cette méthode qui résiste aux critiques sévères de la plupart des curiethérapeutes et qui mérite d'être employée sous réserves de certaines conditions que le Docteur Douay a précisées dans la thèse de Mme Szilagy en 1931, et qu'il a rappelées dans un article de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie (n° 9, novembre 1932).

Cette méthode consiste à mettre en bonne place, au contact des zones suspectes de récurrence cancéreuse, des tubes filtres en caoutchouc pur-pur dans lesquels on glissera les appareils de radium deux jours plus tard après disparition du choc opératoire. Pour maintenir les tubes en place et pour éloigner l'intestin du foyer d'irradiation on se sert d'un pansement à la Mickulicz.

Il faut savoir en effet que les organes pelviens résistent inégalement aux irradiations. Les gros vaisseaux : artères et veines iliaques, les nerfs du bassin, le plexus sacré, l'uretère et la vessie supportent sans danger une application de radium même très proche. Au contraire, l'intestin, rectum et colon pelvien sont très sensibles au radium, mais c'est surtout l'intestin grêle qui présente une extrême fragilité.

La malade dont nous rapportons l'observation avait subi, comme on l'a déjà vu, une opération pour cancer étendu du col. Ultérieurement, la cure par voie vaginale d'une fistule vésico-vaginale ayant échoué à deux reprises, M. Douay a pratiqué la voie haute selon le procédé de Leguen. C'est au cours de cette opération qu'il a pu constater la récurrence et a appliqué sa méthode de curiethérapie intra-abdominale comme on le verra dans l'observation. Par la suite, l'état général de la malade a été parfait; et en septembre 1939, obligé d'intervenir par voie abdominale pour extraire un calcul vésical, M. Douay a pu constater, après 7 ans, la guérison parfaite de la récurrence qu'il avait traitée par curiethérapie abdominale en 1932. Ce succès nous paraît indéniable. Et il est à noter que l'opération de Wertheim n'avait pas suffi puisqu'il y a eu récurrence, et que l'application intra-abdominale de radium, suivie de radiothérapie profonde, a assuré la guérison.

Ceci prouve que le cancer était radio-sensible et même laisse à croire que, si l'opération de Wertheim avait laissé la place à la curiethérapie, on aurait obtenu un succès avec moins de difficulté.

Toutefois, le procédé de curiethérapie intra-abdominale post-opératoire sur lequel M. Douay a plus d'une fois attiré l'attention (thèse de Mme Szilagyi) ne doit pas être considéré comme sans valeur puisque ce cas s'ajoute

à ceux déjà publiés dans cette thèse. Et même il nous a été donné de revoir la première malade traitée par ce procédé par M. Douay en 1921, et dont nous avons parlé précédemment (son observation figure dans la thèse de Mme Szilagyi); cette malade, qui a actuellement 77 ans, continue à se porter parfaitement. Ces faits sont des arguments indéniables en faveur de cette méthode.

OBSERVATION

Mme V... entre le 12 mai 1932 à l'hôpital Broca pour cancer du col. Elle a 36 ans à ce moment. Elle présente un néoplasme végétant du col, remplissant le fond du vagin. La mobilité de l'utérus est conservée, mais cependant le cul de sac vaginal antérieur montre une certaine résistance au doigt, ce qui laisse supposer une tendance à la propagation vers la vessie. Les culs de sacs latéraux sont souples, ce qui permet de croire à l'intégrité des paramètres. Le professeur Faure considère le cas comme opérable, la femme étant maigre et sans aucune complication viscérale. *La biopsie* montre un épithélioma pavimenteux baso-cellulaire.

OPÉRATION : le 13 mai 1932, par le professeur J.-L. Faure. Incision médiane. Prise de l'utérus au niveau des cornes par deux pinces de Kocher. Ablation des annexes et hémostase. Ligature des artères hypogastriques des deux côtés. Le décollement de la vessie est particulièrement difficile et très hémorragique malgré la ligature des hypogastriques. Le décollement se poursuit jusqu'au tiers supérieur du vagin sans blessure de la vessie. Dissection des uretères avec ligature de l'utérine en dehors de l'uretère. Section du péritoine postérieur et décollement du rectum. Pincement et section en deux plans des ligaments utero-sacrés; quatre pinces à demeure sont laissées sur les ligaments.

Ouverture basse du vagin et suture circulaire du vagin sous le contrôle de la vue. Ablation de la pièce. On enlève à droite un petit ganglion suspect de cancérisation. Surjets vésico-vaginal antérieur et recto-vaginal postérieur. Quelques points pour fermer partiellement les ligaments larges. On termine par un large tamponnement à la Mickulicz.

EXAMEN DE LA PIÈCE : l'exérèse paraît satisfaisante; il s'agit d'un cancer ayant infiltré la totalité du col, spécialement en avant du côté de la vessie; forme hypertrophique végétante

à développement vaginal. La collerette vaginale est largement enlevée. Les paramètres ne paraissent pas envahis. Le ganglion paraît être inflammatoire, ce qui est ensuite confirmé par le laboratoire. Le cas est classé comme cas médiocre.

SUITES OPÉRATOIRES : Les suites immédiates sont satisfaisantes. Le 8^e jour après l'ablation du sac, les urines passent par le vagin, et quelques jours plus tard, un lambeau nécrotique arrondi se détache du bas fond vésical, de la dimension de 2 à 3 centimètres de diamètre. A partir de ce moment, toutes les urines passent par le vagin et la plaie abdominale; celle-ci se répare peu à peu; mais il reste à la sortie de la malade de l'hôpital le 29 juin, 45 jours après l'opération, une fistule vésico-vaginale de la dimension d'une grande pièce de 2 francs, dans laquelle on voit la muqueuse vésicale faire hernie.

Le 9 septembre 1932, la malade entre dans le service pour cure de la fistule vésico-vaginale.

Celle-ci n'a aucune tendance à se fermer spontanément et présente les dimensions d'une pièce de 2 francs; la muqueuse vésicale fait une saillie en bouchon de champagne.

1^{re} opération le 17 septembre 1932 (Dr Douay).

Anesthésie rachidienne novocaïne. Procédé du dédoublement. Incision transversale du vagin de chaque côté de l'orifice. Dissection par dédoublement des lambeaux antérieur et postérieur. Avivement de l'orifice de la vessie et suture verticale au catgut; puis on termine par la suture transversale du vagin, aux crins sur petits boutons de porcelaine. A partir du 6^e jour un peu d'urine s'écoule par le vagin. Les fils sont retirés le 8^e jour; échec complet.

2^e opération le 12 octobre 1932 (Dr Faure).

La fistule est un peu plus petite et mesure moins qu'une pièce de 2 francs. Anesthésie générale au Schleich — procédé par avivement. Fermeture de la fistule par 6 points aux crins sur bouton avec plombs de Galli. Mise de la malade en position ventrale. Les sutures paraissent tenir une semaine. Puis échec partiel.

3^e opération le 6 janvier 1933 (Dr Douay).

Procédé abdominal de Legueu. Anesthésie générale. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération difficile d'adhérences au niveau du petit bassin. On trouve au niveau des vaisseaux iliaques gauches une masse ganglionnaire néoplasique extrêmement adhérente et de libération impossible. On prélève un fragment pour examen histologique (récidive ganglionnaire d'un cancer baso-cellulaire).

Ouverture verticale et médiane de la vessie; les lèvres de l'incision sont bien repérées et l'ouverture est prolongée en bas jusqu'à la fistule. On pratique le dédoublement de la cloison vésico-vaginale, au niveau de la fistule, ce qui se fait très facilement, on évite la région dangereuse des uretères plus externes. Le vagin est suturé en un plan au catgut; bonne suture. Après avivement de la paroi vésicale au niveau des bords de la fistule, on fait un double surjet sur la vessie pour la suturer en deux plans. Le premier surjet comprenant toute l'épaisseur de la vessie est fait assez facilement de bas en haut, en commençant par les bords de la fistule; le deuxième surjet d'enfouissement est fait en sens inverse de haut en bas mais il ne peut être poussé jusqu'au vagin, car la région des uretères est fixée par du tissu scléreux qui empêche le rapprochement des bords sur la ligne médiane. Pour compléter on place une grosse frange épiloïque dans le fond du cul de sac vésico-vaginal et on la fixe à ce niveau. On met en place un sac de Mickulicz et on l'applique avec soin contre la masse néoplasique légèrement évidée au bistouri. Dans ce sac et contre la masse cancéreuse on place quatre tubes-filtres pour le radium, ce sont des tubes en pur-parafarmés et arrondis à leur extrémité et spécialement préparés pour contenir les quatre tubes de radium dont dispose le service. Quatre mèches sont placées dans le sac pour bien appliquer les tubes-filtres sur la masse néoplasique et pour éloigner l'intestin grêle de la zone d'irradiation. On met une sonde à demeure dans la vessie. Fermeture partielle de la paroi en 3 plans.

SUITES OPÉRATOIRES : relativement favorables. La sonde vésicale fonctionne et aucun suintement d'urine ne se produit. Le 10 janvier, soit quatre jours après l'opération, on fait l'application de radium. Le service possède 75 mgr. de bromure de radium, répartis en 4 tubes. Ces tubes sont placés dans les tubes filtres et sont laissés en place trois jours. La masse néoplasique reçoit de ce fait 22,5 millicuries détruits. Le 13 janvier, on retire les tubes et les mèches du Mickulicz et trois jours plus tard le sac est retiré, soit le 10^e jour de l'opération. La sonde vésicale est retirée le 16^e jour. L'urine passe en partie par la plaie abdominale, mais la malade urine par le canal et rien ne passe par le vagin. La plaie abdominale se ferme peu à peu, elle est cicatrisée le 28^e jour, à ce moment l'urine passe par le vagin. On voit nettement au fond du vagin la cicatrice obtenue et dans l'angle gauche, du côté où le radium a été posé, on voit un orifice fistuleux par où s'écoule l'urine. Pour compléter l'action du radium, on fait une série de radiothérapie profonde, 22 séances sont faites par le Dr Lehmann jusqu'au 30 mars.

12 octobre 1933. — Excellent état local et général, mais la malade continue à perdre la totalité des urines. Cependant la fistule est beaucoup moins grande qu'avant l'opération de Legueu. On voit au fond du vagin une cicatrice transversale très dure, de 3 à 4 centimètres de long, avec deux orifices aux extrémités. Un orifice à droite, très petit, en grain de blé, un orifice à gauche de la grosseur d'une lentille. Mais ces deux orifices sont bordés d'une cicatrice scléreuse épaisse. On se rend compte que pour aviver ces orifices il faut enlever la totalité du bloc cicatriciel et reproduire un orifice comparable à l'orifice initial ayant 3 à 4 centimètres de diamètre. Il faut donc trouver un autre moyen qui gardera intact le bloc cicatriciel si péniblement obtenu.

Opération le 19 février 1934 (Dr Douay).

On choisit l'anesthésie locale. Ce choix détermine une partie du succès, car l'infiltration de novocaïne en séparant la paroi vaginale du tissu sous-jacent, facilitera sa section nette

et son décollement. Pour faire cette infiltration, au fond du vagin, on se sert du mandrin porte-aiguille à ponction de Douglas, appareil de Douay construit par Minerva.

Incision circulaire à 8 à 10 mm. du bloc cicatriciel. La paroi vaginale est décollée vers la cicatrice dans toute la portion libre, faisant ainsi collerette, laquelle sera suturée par un petit surjet au catgut.

Un deuxième décollement est fait excentriquement sur un à deux centimètres, suffisamment pour que le rapprochement se fasse sans tiraillement. Suture par crins séparés, noués directement à bout de doigt au fond du vagin et groupés en faisceau. L'opération est longue mais sans perte de sang, sans aucune ligature; elle est très bien tolérée par la malade. Sonde à demeure et mèches. On fait ainsi une sorte de colpo-cléisis, sans suture sur la vessie, mais double suture sur le vagin. La sonde de Pezzer est laissée à canal ouvert pendant douze jours, en la changeant chaque quatre jours.

Guérison définitive de la fistule vésico-vaginale; les crins sont retirés le 10^e jour.

La malade est en excellent état jusqu'en octobre 1938, soit pendant cinq ans. Puis apparaissent des signes d'infection vésicale, urines troubles, avec parfois un peu de sang, mictions plus fréquentes et sensation de pression vers le rectum. Amaigrissement de plusieurs kilos. L'examen montre la présence de la cicatrice vaginale transversale, à 3 à 4 cm. de la vulve. Derrière cette cicatrice la vessie est sans souplesse, comme indurée. Au toucher rectal aucune induration suspecte ni rectale ni pelvienne. Les urines retirées de la vessie avec la sonde en verre sont troubles et légèrement hématuriques. En mettant un doigt dans le rectum, on soulève le bas fond vésical et la sonde en verre perçoit nettement la présence d'un calcul. Une radiographie montre une masse opaque de contour assez flou.

La malade est confiée au Dr Maxime Leroy qui, par morcellement, arrive à faire l'ablation d'une masse, calculeuse importante. (Janvier 1939.)

Malgré ses efforts répétés, il est impossible d'enlever la totalité de la masse calcaire, comme enchassée dans la paroi vésico-vaginale.

La malade est en bon état relatif jusqu'en juillet; les accidents de cystite se reproduisent avec douleurs vésicales, avec crises paroxystiques; urines troubles malgré les antiseptiques urinaires et les lavages de vessie. Amaigrissement et poussées fébriles.

Le 12 septembre 1939, après la déclaration de la guerre, un examen est fait par le D^r Douay. Un nouveau calcul s'est formé et par le toucher rectal on sent une masse dure se prolongeant vers la droite, qui doit être le calcul et peut être en plus une récidive pelvienne, tant l'induration paraît étendue vers la paroi pelvienne droite. On conseille l'opération par voie abdominale, sans plus tarder, car les urines sont franchement purulentes et le rein gauche est gros et douloureux.

Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 13 septembre 1939.

Opération le 13 septembre (D^r Douay).

Anesthésie à l'Evipan et ether.

Réséction de la cicatrice abdominale médiane. Ouverture du péritoine et libération des adhérences. Aucune récidive cancéreuse. Après bonne protection du péritoine, ouverture médiane de la vessie; aspiration de son contenu : urines purulentes. On aperçoit, au fond, une masse grisâtre; c'est un gros calcul fixé dans le bas fond, comme enchassé dans la paroi vésicale. On le mobilise avec une grosse curette et on le sort de sa loge; extraction par l'orifice de cystostomie. On vérifie le contenu vésical et on voit un autre calcul, plus petit, en réalité fragment détaché du premier calcul. On avait préparé une grosse sonde coudée pour drainage vésical; mais l'opération s'est passée si simplement et avec une protection efficace de la cavité abdominale, qu'on préfère suturer la vessie en deux plans. On se contente de laisser un petit drain dans l'espace pubo-vésical, et un autre plus gros dans le Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans sur bourdonnet. Sonde de Pezzer dans la vessie.

Suites : d'abord favorables sans fièvre; après 48 heures, le drain sus-pubien est enlevé, on remarque qu'il contient un peu de liquide brunâtre et que les tissus sont un peu grisâtres. Le drain du Douglas donne de la sérosité jaune, il est retiré. La situation s'aggrave peu à peu les jours suivants et le 21 septembre 1939 apparaissent des signes très graves de septicémie d'origine péritonéale, frisson et température à 40°. A ce moment, intervention d'urgence et réouverture de la paroi; pose d'un Mickulicz; pose d'une sonde vésicale par voie abdominale; pansements soigneux, sérum antigangréneux dans le pansement et médicaments anti-infectieux et toni-cardiaques. Peu à peu la température tombe, l'état local et général s'améliore. Le 11^e jour, on retire les mèches; le 13^e jour le Mickulicz. La température baisse régulièrement; actuellement on fait des lavages de vessie réguliers par voie abdominale en laissant l'eau s'écouler par la sonde de Pezzer.

La paroi se referme peu à peu; l'état général est bon et la malade en bonne voie de guérison.

CONCLUSION

De l'étude de cette observation deux conclusions se dégagent :

1° L'une est en faveur du colpocléisis pour la cure des fistules vésico-vaginales rebelles. Nous avons insisté sur le fait qu'il ne s'agit nullement du colpocléisis des accoucheurs, chez la femme jeune, qui mérite un juste oubli, mais que nous envisageons uniquement le colpocléisis post-opératoire, chez les hystérectomisées, qui ont présenté des fistules rebelles aux méthodes habituelles de suture.

Dans ces cas bien précis, et grâce à la méthode employée par M. Douay, et que nous avons décrit précédemment, ce vieux procédé peut encore rendre de grands services, malgré les quelques inconvénients qu'il peut présenter.

2° Une seconde conclusion est la valeur indéniable de la curie-thérapie intra-abdominale post-opératoire, sur la récurrence d'un cancer du col opéré.

Cette observation ne fait que s'ajouter à celles déjà rapportées par M. Douay qui a préconisé le premier cette méthode.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
P. MOCQUOT.

Vu : *Le Recteur,*
ROUSSY.

